# FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN: VIRUELA DEL MONO

1. **ANTECEDENTES DE LA NOTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de notificación** *Formato dd/mm/aaaa* |  |
| **Establecimiento de salud** |  |
| **Región del establecimiento de salud** |  |
| **RUN**  *del profesional que notifica Sin puntos, con guion* |  |
| **Nombre completo**  *del profesional que notifica* |  |
| **Teléfono de contacto** *del profesional que notifica* |  |
| **Correo electrónico** *del profesional que notifica* |  |

1. **ANTECEDENTES DEL CASO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de identificación** | □ RUN □ Pasaporte □ Identificación local □ Comprobante de parto □ Otro | |
| **Número de identificación** *Si “tipo de identificación” = RUN, escribir sin puntos y con guion* |  | |
| **Nombres** |  | |
| **Primer apellido** |  | |
| **Segundo apellido** |  | |
| **Sexo asignado al nacer** | □ Hombre □ Mujer □ Intersex (indeterminado) | |
| **Identidad de género** | □ Femenino □ Masculino □ Transmasculino u hombre trans  □ Transfemenino o mujer trans □ No binario  □ Otro. ¿Cuál?: | |
| **Orientación sexual** | □ Heterosexual □ Homosexual □ Bisexual □ Otro. ¿Cuál? | |
| **Fecha de nacimiento** *Formato dd/mm/aaaa* |  | |
| **Estado** | □ Vivo □ Fallecido | |
| **Edad (en años)** |  | |
| **Nacionalidad** |  | |
| **Pueblo originario** | □ Mapuche □ Aymara □ Rapa Nui □ Lican Antai □ Quechua □ Colla | □ Diaguita □ Kawéscar □ Yagán □ Desconocido  □ Ninguno |
| **Dirección de residencia** |  | |
| **Región de residencia** |  | |
| **Comuna de residencia** |  | |
| **Teléfono** |  | |
| **Correo electrónico** |  | |
| **Condición de actividad** | □ Activo □ Inactivo | |
| **Ocupación** |  | |

1. **ANTECEDENTES CLÍNICOS GENERALES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha primeros síntomas** *Formato dd/mm/aaaa* |  | | | |
| **Signos y síntomas** | □ Fiebre (> 38,5°C) □ Exantema agudo □ Cefalea □ Mialgia | □ Dolor de espalda □ Astenia □ Linfadenopatía □ Otro. ¿Cuál(es)?: | | |
| *Si Signos y síntomas = Exantema agudo*  **Fecha inicio exantema** *Formato dd/mm/aaaa* |  | | | |
| *Si Signos y síntomas = Exantema agudo* **Tipo de exantema** | □ Macular □ Eritematoso □ Vesicular □ Papular □ Pustular □ Petequial | | | |
| **Localización del exantema** | □ Cara □ Cuero cabelludo □ Cuello □ Mucosa oral □ Espalda □ Pecho □ Abdomen | | | □ Brazos □ Manos □ Piernas □ Pies □ Zona inguinal □ Zona perianal  □ Zona genital |
| **Comorbilidades** | □ Cardiopatía crónica □ Enf. neurológica crónica □ Enf. pulmonar crónica □ Enf. renal crónica □ Enf. hepática crónica □ Diabetes □ Asma | | □ Inmunodepresión □ Enf. cardiopulmonar □ Obesidad □ Hipertensión arterial □ Otro. ¿Cuál(es)?  □ Ninguno | |
| **Coinfección** | □ Hepatitis B □ Hepatitis C □ Herpes genital □ Sífilis □ Gonorrea □ VIH □ Tuberculosis | | □ VPH □ *Chlamydia trachomatis* □ Chancroide □ Condilomas acumulados □ Otro. ¿Cuál(es)?:  □ Ninguno | |
| **Embarazo** | □ No □ Sí. Semana de gestación:  □ No aplica | | | |
| **Hospitalización** | □ No □ Sí | | | |
| **Motivo de hospitalización** | □ Clínico □ Epidemiológico □ No aplica | | | |
| **Fecha de hospitalización** | *Formato dd/mm/aaaa* | | | |
| **Ingreso a UCI/UTI** | □ No □ Sí □ No aplica | | | |
| **Fecha de egreso hospitalario** | *Formato dd/mm/aaaa* | | | |
| **Motivo de egreso** | □ Alta □ Fallecido □ Transferido | | | |

1. **ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS: Últimos 21 días previos al inicio de síntomas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Viaje internacional** | □ No □ Sí. | |
| **Fecha de salida de Chile** *Formato dd/mm/aaaa* |  | |
| **Fecha de retorno a Chile** *Formato dd/mm/aaaa* |  | |
| Si Viaje internacional "Sí" **País(es) visitado(s)** | 1.  2. | 3.  4.. |
| **Contacto\* con viajeros** | □ No □ Sí. ¿Cuándo?: | |
| **Contacto\* con caso probable o confirmado** | □ No □ Sí. ¿Cuándo?: | |

\* **Contacto:** Persona que estuvo expuesta a un caso probable o confirmado de viruela del mono durante el período de transmisibilidad, considerado desde el inicio del exantema hasta que las lesiones sanen. Se considera como exposición, las siguientes situaciones:

a) Haber tenido contacto físico prolongado con el cuerpo, fluidos corporales o costras de las lesiones exantemáticas.

b) Manipular vestimenta, ropa de cama, desechos y utensilios sin el uso de precauciones adicionales de contacto y gotas; al menos mascarilla quirúrgica, bata manga larga impermeable, protección ocular y guantes impermeables.

c) Permanecer en un mismo recinto o espacio cerrado con exposición cara a cara, sin las precauciones adicionales de contacto y gotas; al menos mascarilla quirúrgica, bata manga larga impermeable, protección ocular y guantes impermeables.

d) En personal de salud, brindar atención de salud directa a un caso confirmado o probable, sin cumplir con las precauciones adicionales de contacto y gotas, considerando al menos el uso de mascarillas quirúrgicas, protección ocular, guantes impermeables y bata impermeable de manga larga. Si se realiza un procedimiento generador de aerosoles de mayor riesgo, se considera el uso de respirador de alta eficiencia tipo N95 o equivalente en reemplazo de la mascarilla quirúrgica.

1. **ANTECEDENTES DE LABORATORIO**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha toma de muestra *Formato dd/mm/aaaa* |  |
| Fecha envío de muestra *Formato dd/mm/aaaa* |  |
| Resultado | □ Positivo □ Negativo □ Indeterminado □ Pendiente |

1. **CLASIFICACIÓN DEL CASO**

|  |  |
| --- | --- |
| Etapa clínica | □ Sospecha □ Probable □ Confirmado |

1. **IDENTIFICACIÓN DE CONTACTOS**

|  |
| --- |
| 1. Nombre: |
| Teléfono: |
| 1. Nombre: |
| Teléfono: |
| 1. Nombre: |
| Teléfono: |
| 1. Nombre: |
| Teléfono: |
| 1. Nombre: |
| Teléfono: |